

なぜ今、予防歯科なのか ～“生涯続く歯科医療”としての予防歯科～

天野 敦雄／三上 格／森田 久美子



北海道苫小牧市
医療法人社団 みかみ歯科・矯正歯科医院 院長
三上 格

大阪大学大学院 歯学研究科
口腔分子免疫制御学講座 予防歯科学 教授
天野 敦雄

神戸市東灘区
大川歯科医院 歯科衛生士
森田 久美子

なぜ今、予防歯科なのか

予防歯科が浸透しない理由

天野 予防歯科臨床への注目は2000年にFDI（国際歯科連盟）が、「できるだけ削らない＝低侵襲の治療（MI）」を提唱したことに端を発しています。では、削らないためにはどうすればいいか。それはう蝕を作らない、さらに歯周病を起こさせないという当たり前のことに行きつたのです。それまでの歯科治療は「削る・詰める・抜く・入れる」といった補綴の考えが主流でした。ところが2000年を境に「病気を起こさせない」「病気の原因を取り除く」ための予防歯科こそ、これからの歯科診療の基本と考えられるようになりました。予防歯科診療を継続的に続けて、患者さんにもその意識を

持っていただき双方が協力しながら口を守るということが、歯科医療従事者の常識になりつつあります。

しかし実際には、多くの院長先生はそうした予防歯科臨床の実際に直接触れることなく現在に至っていますから、「“予防歯科”はよく聞けけれど、何をすればいいのか分からない」という悩みをお持ちではないでしょうか。

三上 私は歯周治療が専門ですから、予防の意識は常に持っていたので、抵抗なく受け入れることができたと思います。ただ、これまでは「削って詰める」リハビリテーション的な治療が中心でした。つまり、う蝕や歯周病に罹患した後の“後手に回った治療”がほとんどで、そうなる前に予防する“先手の治療”がまだ浸透しきれていないと感じています。

天野 そうですね。ただ、問題は「予防歯科をやってみよう」と思った時に、何をどう始めればいいのかということが予防歯科診療システムとして存在していないことです。このことが、多くの先生方にとって予防歯科がとっつきにくい大きな要因のような気がします。さらに教育の問題が挙げられます。大学で予防歯科を担当するのは主に口腔衛生学教室ですが、そこでは予防的な臨床は行われず基礎知識の習得に終始していますから、結果として予防歯科臨床が身につかないまま卒業する先生が多いということも要因の一つと考えられます。

予防歯科の2つの視点

三上 私は、予防歯科は2つの視点から捉える必要があると考えています。1つ

はう蝕や歯周病などの疾病が発症していない状態での予防、いわゆる「発症前の予防歯科」です。もう1つは、すでに発症してしまって、それを治療後に再発を防止する「再発防止の予防歯科」です(図1)。これまで予防歯科というと前者のイメージが強かったと思いますが、これからは治療した部分をまた悪くしないようにする視点をもった予防の概念をさらに浸透させていく必要があると考えています。

天野 アメリカでは「パシエントセントリックデンティストリー(患者中心の歯科医療)」という言葉があって、患者さん自身が主治医なんです。日本でも学習塾では、塾の先生は“教える(ティーチング)”のではなく“支える(コーチング)”の考えにシフトしています。医療も同様で、患者さん自身が主治医としてご自分の健康に関心を持つことが大事で、特に生活習慣病などの場合、私たちがいくら指導しても“患者さん自身が変えようという意識”がなければ変わりません。この意識を変えていくのが私たちのこれからの課題だと感じています。

三上 さらに、これから超高齢社会を迎えるにあたり、高齢者に対する予防という視点も必要になってくると思います。高齢になってもご自分の歯がしっかり

残っていて、健康な口の中でよく噛めるような状況をつくることを考えたときに、おそらく今までの取り組みだけでは不十分で、いわゆる成人・壮年期の働き盛りの方々にいかに歯科医院に来てもらい、継続的な来院へとつなげていくか、さらに高齢になっても健康な口腔がずっと維持されている。そこまで診ていくためには、それぞれのライフステージに合わせた取り組みも必要となり、一口に予防といってもその範囲は実に広いと感じています。

森田 私はこれまで歯科衛生士として高齢者に携わることが多かったので、その視点からお話しますと、高齢者の分野ではもうすでに発症していることが多く、発症後いかに悪くならないように維持・予防するかが重要だと思います。8020達成率が50%を超えた現在、求められる歯科衛生士のメンテナンスや予防は、歯が多数残存した高齢者の口腔内をいかに健全な状態で維持していくかということに軸足を置く必要があると考えています。さらには、食べる・飲み込むという高齢者に低下することの多い摂食嚥下の機能にも目を向けて、知識と技術を備えてしっかり診ていくことが重要と感じています。

「マイハイジニスト」が歯科を変える

天野 私たちが理髪店や美容院に行けば、そこで何をしてもらうかは、皆さんだいたい同じイメージを持ちますよね。予防歯科をさらに浸透させるためには、それと同じ感覚で患者さんに来院していただく(図2)。そしてお気に入りの美容師がいるように、歯科医院にもお気に入りの歯科衛生士「マイハイジニスト」を持ってもらうことが理想です。歯科衛生士のお立場から森田先生のお考えをお聞かせください。

森田 「マイハイジニスト」を浸透させることは私も大切だと思います。さらには歯科衛生士のモチベーションアップにも繋がると思います。しかし、現状ではどのクリニックでも歯科衛生士の人材確保に苦労しておられます。長期的に信頼できる歯科衛生士がクリニックに残ってくれたら、患者さんも安心して来院していただけるのではないのでしょうか。ところが私の周りの若い歯科衛生士は2、3年でクリニックを変えてしまうことも多くて、やっと慣れてきた頃に辞めてしまう、その繰り返しです。働き方改革が推進され、経営者である院長先生は大変な思いをされていると思いますが、予防歯科の担い手とも言える歯科衛生



図1 予防歯科には「発症前の予防歯科」と「再発防止の予防歯科」という2つの視点がある。



図2 予防歯科をさらに浸透させるためには、理髪店や美容院のように「行けばしてもらえること」を誰もがイメージできる必要がある。



天野 敦雄

士が長期にわたって勤められる環境づくりもこれから取り組むべき課題だと思います。

新たな予防歯科プログラム

リスク判定の重要性

天野 私はこの10年間、いろいろなメーカーから販売される予防歯科製品をつぶさに観察してきましたが、年々充実していると感じますし、すべての歯科医師、歯科衛生士、ひいてはすべての国民の皆さんに向けて、一本筋の通った予防歯科システムを提案することはとても意義のあることだと思います。ただ、ここ

で注意しなければいけないのは、疾病に罹患するリスクは人によってさまざまということです。実際、ほとんど歯を磨かなくてももう蝕や歯周病にならない方っていらっしゃるんですよ。そういうリスクの低い方にリスクの高い方と同じ予防処置をしても意味がありません(図3)。ですので、予防歯科のプログラムのなかで最も重要なことは、最初に「リスク判定を行う」ことなんです。この患者さんはいくら蝕や歯周病になりやすい人なのか、なりにくい人なのかを事前に評価する。大まかに2つに分ける程度でいいんです。その判定結果によって、自ずと指導方法や予防処置の方法が変わってきます。それを考えたとき、モリタのクレスマイルは、治療前のリスク分析として唾液検査や口臭検査を導入しています。こういうプログラムは私の知る中では今までにないもので、とても画期的なものだと思います。

三上 私実際に唾液検査を試してみたのですが、方法は本当にシンプルで、他のことをしている間に診断まで完了するのでとても便利だと感じました。経時的に測定することで治療前後やメンテナンス時の変化を客観的に分析でき、その結果を患者さんと共有できますから、定期

的な来院を促す意味からもととても有効だと思います(図4)。

天野 昨今、歯周病と糖尿病の密接な関係性が言われていますが、糖尿病をはじめ内分泌系の疾患をお持ちの方は独特の口臭があります。歯周病も同様に口臭がありますが、匂いのものがそれぞれ違って、それらを測定できる口臭測定装置(図4)が必要になってくると思います。基本的に口臭があるということは、口の中の細菌の数が増えて異常な代謝物質を出しているということです。

つまり、通常の菌叢から病原菌の高い菌叢に変化しているということですから、口臭=口の病気の大きなサインと言えるでしょう。

三上 健康意識も高まりますし、何より口臭は気になりますから、とてもよい視点だと思います。他に評価できると感じた部分は、収集した医療情報を携帯端末を介して患者さんが自宅で確認できることです。これまで医療側だけの情報だったものがデジタル技術を使って患者さんも共有できるようになっていけば、この先さらに可能性が広がっていくものと期待しています。

森田 私たち歯科衛生士にできることは、リスク判定によって洗い出された



図3 疾病に罹患するリスクは人によってさまざま。



図4 多項目・短時間唾液検査システム『Salivary Multi Test』(左)と口臭検査装置『Kunkun dental』(右)。

リスクに対して、臨床の現場でどのような目線で口腔内を診て介入し、患者指導を行うかを的確に考えられることが重要です。そのためには、ベースとなる知識が必要になるので、各々の歯科衛生士が高い意識を持って知識の集積に努めることが求められると思います。

う蝕と歯周病はなぜ起こる？

令和時代の最新病因論

天野 「なぜ、う蝕や歯周病は起こるのか」このことを理解できていないと予防歯科はできません。病気の予防は病気の原因を取り除くあるいは少なくすることです。ですからこの患者さんの口の中は、病気の原因が多くなっているのか、あるいは少なくなっているのか、これが分からないと話にならないわけです。

昭和の頃、う蝕の原因は甘いものを食べる、あるいはミュータンス連鎖球菌がいることと言われていました。そう思っている方は知識をアップデートしていただかないといけません。平成が終わって令和の時代になって大きく変わりました。う蝕を起こすのは甘いものだけではなくて、炭水化物やブドウ糖、果糖です。甘くなくてもデンプン系の食べ物はう蝕を起こす原因になります。

ですから、う蝕予防ではできるだけ早く食べかすを取り除くことを最優先に考えます。口の中に住み着いた菌は完全に追い出すことはできませんから、歯磨きでバイオフィルム細菌の量を減らす。そしてフッ素で歯を強くする。これがう蝕への対策です。

一方、歯周病については、ポケットからの出血が一番の問題です。歯周病菌は

歯ぐきから出てくるタンパク質、特に血液の中のタンパク質が最高の栄養素です。ですから歯を磨いて出血する場合、歯周病を起こすバイオフィルム細菌がその血液の中の栄養成分を食べてどんどん病原性を高めているんです。それを断ち切るためには歯ぐきからの出血を止めることが必要です。歯ぐきに炎症を起こした時に発生する炎症性の浸出液にもタンパク質と、菌に必須の鉄分も入っています。それらをシャットアウトするとバイオフィルムの病原菌は弱まっていきます。一方、歯ぐきを強くするのはなかなか難しい。持って生まれた遺伝というものがあって、激しく炎症が起こりやすい方がいらっしやいます。ですから歯ぐきを強くするためには生活習慣を改めたり、栄養をしっかりと摂るということくらいしかありません。

う蝕予防では、この患者さんのう蝕はなぜ起こっているのか、フッ素が足りないのか、歯磨きが不足しているのか、あるいは食生活が乱れているのか、その原因を類推していくことが大事なんです。そうすることで、その患者さんにマッチした予防歯科というものができていく。10人の患者さんがいらっしやるとして、その10人に同じようなブラッシング指導、フッ素塗布、定期的なスケーリングを行っていくことは無駄が多いんです。

三上 ブラークという皆さんは歯の周囲にあるイメージをもたれるようですが、実は歯肉縁下や粘膜にも細菌はたくさん潜んでいます。その部分の細菌を取り除くために、私は洗口する習慣をつけることがとても大切と考えています。若いうちから洗口する習慣を持っていれば、高齢になったときに丁寧な歯磨きができなくなっても、洗口するだけでも様々な全身疾患のリスクを下げることができるかもしれないと感じています。



三上 格

予防に有効なセルフケアツールとは

プロが関われる領域はたった2%

三上 私のクリニックで独自に行った調査によると、3ヵ月に1度メインテナンスに通っている患者さんでも、日々のセルフケアのブラークコントロールが中心で、その割合が98%だったのに対して、私たちプロが関われるのはたった2%しかないんですね。この結果から、生活習慣の改善も含めて“自分自身でいかにセルフケアできるか”が、ご自分の歯や健康を長期間維持することに繋がると考えています。私は歯周病専門医の立場か



森田 久美子

ら、ライオン歯科材と共同でこれまで製品開発にも携わってきたのですが、現在は、宿主の防御能力を高める「菌コントロール」と「ホストケア」に注目しています。ホストケアというのは、宿主の防御機能を強化、つまり歯周ポケット内面の上皮バリアの閉鎖、あるいは強化することにより、歯周ポケットの潰瘍面の修復を促し、歯周ポケット内の炎症を抑制、歯周組織の状態を改善することを意味します。日々のセルフケアのなかで、その症状に特化した有効成分が配合された歯磨剤を使って化学的なアプローチを行うことで、より予防効果を発揮すると考えているのですが、天野先生いかがでしょうか。

天野 おっしゃるように基本はセルフケアです。ただ、残念ながら今の科学では菌に致命的な影響を与えるような抗生剤や殺菌剤は存在しません。ですから一番はプラークを落とすこと。これは患者さんの技術です。そういう技術をもてない、あるいは長い時間磨けないという患者さんには、それをカバーしてくれる電動歯ブラシなども出てきました。さらに三上先生がおっしゃった抗菌性の高い歯磨剤があれば不十分なセルフケアをある程度カバーしてく

れるでしょう。そうした製品も販売されるようになっていきます。あとはそうしたツールを適切に活用して物理的にバイオフィルムを落とすという患者さんのやる気と技術の問題になります。これが現実的にはなかなか難しいところがありますが、やはり小児期からの教育が重要になってくると思います。

音波ブラシと歯磨剤のマッチングに注目

天野 電動歯ブラシは現在第三世代まで進化し、プラークの除去効率が上がりました。私もご高齢の方でうまく磨けない場合には音波ブラシをお薦めしています(図5)。

三上 ブラシの当て方については「マイハイジニスト」による指導が必要になると思います。私のクリニックでは、電動歯ブラシをお持ちの方には定期健診の際に持ってきていただいて、磨き方を定期的にチェックさせていただくようにしています。あとは、症状に合わせた替ブラシと歯磨剤を提案することで、音波による物理的なアプローチと有効成分による化学的なアプローチをうまくマッチさせ、より高い改善効果が期待できると考えています。森田先生のお考えはいかがでしょうか。

森田 そうですね。電動歯ブラシは有効だと思います。まず、歯科衛生士が使用する患者さんに合わせた指導を行うことが大切だと思います。例えば、ご自身の口腔状態に合ったブラシモードの選択や替ブラシを交換するタイミングはブラークコントロールを適切に行うために大切です。最初は実際の歯ブラシを使って口腔内への当て方やブラシの使い方など細か部分の指導は行っています。

天野 日本でもようやく高濃度フッ素配合(1500ppmF)の歯磨剤が販売されるようになりました。日本には水道水にフッ素が入っていませんから、その分歯磨剤に含有されているフッ素で予防していただくことが重要と考えています(図5)。

歯科衛生士が “本物の治療者”になるために

歯科衛生士を育てるのは院長の責務

天野 私は常々思うのですが、歯科衛生士を育てるのは院長先生なんです。院長先生が予防や歯周治療に興味があれば立派な歯科衛生士を育てるのは無理だと思っています(図6)。

森田 確かに院長先生の存在は大きいで



図5 高濃度フッ化物配合(1450ppmF)の歯磨剤と音波式電動歯ブラシ「ソニックケア」。



図6 歯科衛生士を育てるのは院長先生の責務。

す。普段から信頼関係ができていれば、院長先生が考えるビジョンも受け入れやすくなると思います。さらに、身近にベテランの方や目標となる歯科衛生士さんがいらっしやるとモチベーションが上がりやすいと思います。もし若手の歯科衛生士さん中心のクリニックであれば、外部から講師を呼ぶことで刺激を受けることもありますし、少しでもチャンスがあれば外を見ることも必要だと思います。

三上 私は講演のたびに「歯科衛生士さんは治療者です」とお話ししています。なぜなら歯科医師以外に口の中を触ることができるのは歯科衛生士しかいないんですよ。さらに歯肉縁下の歯石までアプローチできるのは歯科衛生士だけなので、予防歯科や歯周治療には欠かせない存在ですし、私にとってはまさに“右腕”なんです。逆に言えばそこまで歯科衛生士さんに期待していますから、歯科医師と同等の知識や、もう一つ言えば会話力や、人格なども求められてくると思いますので、全てを含めて魅力のある人になっていただくことを期待しています。

森田 私が勤務するクリニックの院長先生は「歯科医師も歯科衛生士も歯科助手もみんな平等で、それぞれ大切なポジションです」と、私たちスタッフを治療

者として認めてくださっていますから、とても恵まれた環境だと思います。さらに、「あなただったらどう思う？」という問いをいつも私たちに投げかけてくださり、私たちの答えに「そんな考え方もあるんだ、それもちよっと考えてみるね」というやりとりがあるんです。やはり院長先生が「きちっと見てくださっている」と感じられることでスタッフたちのモチベーションにも繋がります。

歯周治療はスキルアップに最適

三上 歯科衛生士さんの成長を促す意味で歯周治療は最適なテーマはと私は考えています。まず検査を行い、原因を究明し、観察して、モチベーションを与えたりブラッシング指導を行うなど、これまでの治療を再評価しながら、何ができて何ができていないのか、常に自身で認識し、改善していけるんです。若い歯科衛生士は症状の軽いケースから始めて、必ず評価しながら繰り返していくことで、スキルアップにもつながりますし、患者さんとの信頼関係もでき親密度も上がっていきます。そういう意味から、歯周治療はクリニックにとってもプラスになると思います（図7）。

天野 その通りです。ステップを踏むこ

とで、最終的に治癒というゴールが見えることで歯科衛生士の自信にも繋がります。さらに歯周病にも治るケースと治らないケースがあることも分かるようになります。

三上 そうなんです。高病原性のバイオフィルムや外傷力があるとか、あるいは免疫的、遺伝的な要因など、もっと違う問題が分かってきます。でもそれが分かるようになった歯科衛生士は強いんです。“本物の治療者”だと思いますし、私の言葉で言えば“右腕”の存在になるんです。私のクリニックの患者さんは私には挨拶してくれませんが、歯科衛生士には挨拶して帰っていきます（笑）。そういうふうには患者さんから大きな信頼を得た歯科衛生士はどんどん伸びていきますし、やる気も魅力も兼ね備えることができるのだと思います。

森田 歯科衛生士が同じ患者さんを長期的に診ることはとても大事で、それが10年以上になると予測不能なトラブルが起こることもあります。そうすると自分にとって新たな学びにもなりますし、ずっと診ていたからこそ、その患者さんの変化に気付ける部分もあると思います。例えば口腔がんを見逃してしまうと、患者さんが命の危険にさらされることにもな

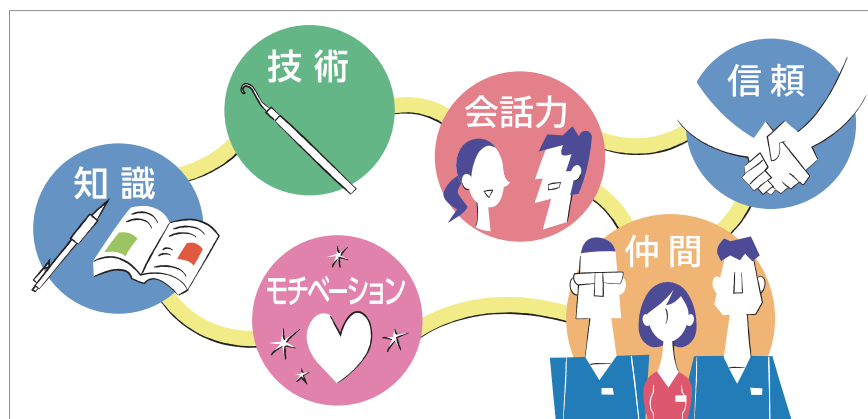


図7 予防歯科を推進するためには歯科衛生士のトータルなレベルアップが必要となる。

りますし、治療を全て終えてメンテナンスに移行した場合でも長期にわたって継続的に診ていると、破折などのトラブルもあり得ます。そういう時に早い段階で気付けるかどうかは重要で、そこで気付けずに抜歯になってしまったら、「どうしてメンテナンスしているのに抜歯になってしまうの？」というトラブルは十分考えられます。歯科衛生士は患者さんとの信頼関係を築くこと、さらに異常にいち早く気付ける目と知識が必要だと思います。「マイハイジニスト」はこれから増えていくと思いますが、その期待に応えられるよう私たち歯科衛生士も意識を高める努力をしなければいけないと感じています。

患者さんの心をつかむために

天野 「マイハイジニスト」を目指すうえで“患者さんの心をつかむポイント”があればアドバイスいただけますか。

森田 私の経験では、意外と歯科以外の話題でつかめることが多いですね。前回の来院時のちょっとした雑談を覚えていて、次の時も声掛けするようにしています。例えば膝を悪くされている患者さんがいらしゃったら「膝の調子はその後いかがですか？」とか、一人ひとりに寄り添って「いつもあなたのことを見ていますよ」とメッセージを送ることで、「口のことでだけでなくいろんなことを見てくれているのね、次もぜひあなたに診てもらいたいわ」と言ってもらえることも少なくありません。

三上 それは雑談を意識した医療面接のような感じですか。

森田 ただの雑談で終わってしまうのではなく、そこからキチッと情報を拾い出して口腔内にどうつなげるかが重要になってくると思います。例えば膝が痛かったら「痛み止めは飲んでいますか」と

お聞きして、実際に服用されていればドライマウスの傾向を疑う観点から口腔内を診ることもできます。若い歯科衛生士から「どんな言葉で話せば患者さんに分かっていただけますか？」と聞かれることがあります。「この人のことを良くしたい」と心から思っていれば、自然と言葉が出てくるんじゃないかなと思います。まずは患者さん一人ひとりに好意を抱いて「良くしてあげたい」という気持ちで大事だと思います。

医科歯科連携は新たなステージへ

自信を持って歯周病を治せますか？

天野 これまで歯科は医科との連携を推進していくため“口の病気は全身の疾患に繋がる”ということをアピールしてきました。その努力が実って、去年日本糖尿病学会の糖尿病治療指針において「糖尿病患者を歯周治療を受けるように歯科医院に紹介する」ことの推奨度がAランクになりました。私たち歯科ではこれまで医科に向けて「糖尿病患者には歯周病の治療が必要」とさんざん言ってきたのに、ようやく紹介してもらえるようになって「治せませんでした」と患者さんを

帰すわけにはいきません。すべての歯科医院が歯周病に造詣を持って治すことができる。あるいは悪化を止めるくらいのことをできないと、医科からの信頼を大きく失うでしょう。皆さん、「歯周病を治せます」と自信を持って言えますか？ 不安な先生は、ここに歯科の命運がかかっていると思って今からでも注力していただきたいと思います（図8）。

三上 以前、当院ですっとメンテナンスで診ていた患者さんの歯周ポケットが急に深くなるのが2回ほど続いたことがありました。担当歯科衛生士が「これはおかしい、何か別の病気を発症しているのでは？」ということで、医科に対診を促したところ、糖尿病に罹患していることが判明したことがありました。定期的に歯科のメンテナンスに通うことで本人も気づかなかった病気の早期発見に繋がった事例の一つです。

天野 歯周ポケットの急な変化で別の病気を察知できるとは、すばらしい歯科衛生士さんですね。

三上 歯周病は、歯肉縁下のルートブレーニングや、歯コントロールができないと治りません。当院では、キュレットスケーラーを毎日のように研磨して細く



図8 病院から歯周病治療の要請を受けて、糖尿病を患う患者さんが大量に紹介されてくる可能性も。

なってすぐ使えなくなるので、毎年まとめて購入して新品に入れ替えています。ただ、ずっと入れ替えないで古いスケーラーのまま使っているクリニックもあると聞きますし、ハンドスケーラーを使わないところもあるようですが、超音波スケーラーだけで歯肉縁下をコントロールできるのでしょくか。

天野 超音波スケーラーでの縁下歯石除去は半ばお祈りです。4、5mmのポケットなら超音波スケーラーでも取れる可能性はありますが、それ以上になると祈りは届かないでしょう。やはりよく研げたキュレットで拭き掃除をするように歯石を残さず掻き取る必要があると思います。

三上 歯周治療が得意になるためには、キュレットスケーラーを使って丁寧にルートプレーニングする技術を身に付ける必要がありますね。

森田 歯肉縁下のコントロールについて、歯科衛生士によって技術に差があるのは事実だと思います。その原因として、慢性的な歯科衛生士不足から、先輩や指導者から教育を受けることなくSRPを任されるケースが多くあるからではないでしょうか。それを改善するためにはトレーニングが必要です。一人で練習するだけでは到達度が分からず迷うことも多いので、指導者にチェックしてもらいながら繰り返しトレーニングしていくことが大切だと感じています。

予防歯科のゴールとは

歯を残すことだけが予防ではない

天野 これからは「管理する歯科」へと発想を転換する必要があると思います。リハビリテーションの歯科医療だけでは歯科医学的にも経営的にも必ず行き詰まります。そのためには、小児期から病気に



させないことも必要ですし、中高年であれば口腔内の問題点やリスクを減らして来るべき寝たきりに備えることも重要です。「オーラルフレイルにならないければ元気でずっと暮らせる」と最近よく言いますよね。自分の健康な老後を守るためにも口への意識を持っていただく。そのためにはまず私たちが変わらないとダメなんです。削って詰めるだけじゃなくて、バイオフィルムの病原性をコントロールする、口の健康を維持するということを啓蒙していく必要があります。

三上 天野先生がおっしゃるように、“削る治療からケアする治療”へと間違いなくパラダイムシフトしています。さらに、超高齢社会に向けて「高齢者に対する予防歯科」というテーマにも取り組んでいくことが私たちに喫緊の課題です。予防歯科のゴールとしては、高齢になった時にも歯の欠損がなくて、よく噛めて、もちろんう蝕や歯周病がない状態を目指すことで、そこには生活習慣も含めた配慮が必要だということと、「発症前の予防歯科」と「再発防止の予防歯科」の2つの軸で全身を管理する取り組みが必要だと感じています。

天野 素晴らしいお話です。予防と聞くと「歯を残すこと」という印象がありますよね。ところがある年齢になったら、問題のある歯は積極的に抜くことも予防なんです。高齢になったら老いを迎え撃つ予防歯科になるんです。

三上 私のクリニックでも患者さんから「高齢でもう通えないから抜いてください」と言われるケースが増えてきます。将来寝たきりになった時に歯があることで口腔内を傷つけたり、感染源になる可能性もあって「歯を残すことだけが本当にいいことなのか」と悩むこともありました。歯を残すことだけが予防歯科ではないんですね。とても勉強になりました。

森田 患者さんを長く診ていくことは、その方の人生を共有することにつながります。その過程で、歯科衛生士としてその方の口腔内を改善するためのアプローチを模索することやさまざまな試行錯誤が自分自身への学びにもなり、人間として成長していくこともできると思います。そのためには一つのクリニックにできるだけ長く勤めて、歯科衛生士としての知識や技術、人間力を磨いていただきたいと思います。

天野 予防歯科を推進していくうえでマストとなるのは、例えば三上先生のような「かかりつけ医」になること。予防歯科はかかりつけ医以外では決してできませんからね。さらにそこに信頼に足る知識と技術を兼ね備え、人として魅力のある森田先生のような「マイハイジニスト」の存在が欠かせないと感じました。

今日はとても有意義なディスカッションをさせていただき、ありがとうございました。